فاعلية استخدام السيكودراما في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي لدى ضعاف السمع

مقدمة من سعيد عبد الرحمن محمد([*])

قدمت هذه الرسالة لكلية التربية ببنها جامعة الزقازيق (عام 2004) للحصول على درجة الماجستير فى التربية تخصص" صحة نفسية " وحصلت على تقدير ممتاز مع التوصية بالطباعة والتداول بين الجامعات

* مقدمة

أصبح الاهتمام بالمعاقين من أكثر المجالات جذباً للاهتمام في وقتنا الحالي ، سواء على المستوى البحثي أم على المستوى التطبيقي ، نظراً لما لدى أفراد تلك الفئات من مشكلات عديدة في حاجة ماسة إلى التغلب عليها وعلاجها، وقد أدى ذلك إلى ابتكار أساليب ومسالك عديدة لعلاج هذه المشكلات ؛ ومن أهمها الاهتمام المتزايد بالأنشطة التربوية باعتبارها جزءاً من التربية المتكاملة للطفل . . وأصبحت التربية الحديثة تعتمد على الأنشطة الفنية المدرسية ، وعلى رأسها التمثيل النفسي (**السيكودراما**)***Psychodrama*** الذي يساعد على تنمية قدرات وشخصيات الأطفال ، وإعدادهم لفهم العالم من حولهم .

والأصم هو الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع، لأن حاسة السمع لديه معطلة ، وبالتالي فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية ، بينما ضعيف السمع هو الشخص الذي يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله، لأن لديه قصور سمعي ، (أي أن لديه بقايا سمع) ، بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية . **(محمد عبد المؤمن ، 1986 ، ص89 ؛ عبد المطلب القريطي ، 1996 ، ص138 ؛ عبد الفتاح صابر ، 1997 ، ص159 ؛ عبد الرحمن سليمان، 1999 ، ص71)**

ويلقى التمييز بين الأصم وضعيف السمع صعوبة بالغة ، لأن معظم طرق التمييز بينهما تقوم على أساس عوامل سيكولوجية وتعليمية ، بأكثر منها عوامل فسيولوجية ؛ وذلك لأن معظم المشكلات التي تواجه كلاً من الصم وضعاف السمع مشكلات نفسية ، وتعليمية إلى حد كبير.

ويشير شاكر قنديل (1995) إلى أن الطفل الأصم أو ضعيف السمع هو طفل له وضع خاص عند مقارنته بمن سواه من الأطفال ذوى الحاجات الخاصة الأخرى .. فهو يبدو شخصاً عادياً في مظهره الخارجي ، إلا أن نقص قدرته على السمع أو افتقاده له لا يلفت نظر الآخرين نحوه مثل غيره من ذوى الإعاقات الأخرى ، كما

([*]) هذا التقرير مبني على أساس رسالة الماجستير حصل بها الباحث على درجة الماجستير في التربية (تخصص صحة نفسية)2004، بتقدير ممتاز، وتكونت لجنة المناقشة : أ.د/ سامية عباس القطان ، أ.د / حسين عبد القادر ، أ.د/ شاكر قنديل ، أ.م.د / حمدان فضة.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

أن إعاقته لا تلفت انتباه أحد إليه ولا إلى حجم مشكلته ، أو إلى خطورة آثارها على شخصيته. **(شاكر قنـــديل ، 1995، ص1-2)** ومن جهة أخرى ، فإن ضعيف السمع يكون أكثر إحساساً بالإعاقة السمعية مـــن الأصـــم، وأكثر معاناة منه؛ حيث أنه إذا كان الأصم يعاني من فقدان حاسة السمع ، ومن عدم قدرته على سماع أصـــوات الآخرين ، فإنه بحكم نشأته يمكن أن يكون قد تقبل وضعه داخل المجتمع كأصم ، وبالتالي فإنه يتقبل وضعه على ما هو عليه ، في حين أن ضعيف السمع يمكن أن يكون أكثر قلقاً وتوتراً من الأصم ، فيحاول أن يتكيـــف أو ينـــدمج داخل مجتمع الصم كأحد أفراده وفى إطار المجتمع الأكبر المشبع لحاجاته ، كما أنه لـــيس بالعـــادي ، فيحـــاول أن يتعايش مع العاديين من أقرانه .. ومما لاشك فيه أن هذا الوضع يجعل ضعيف السمع وكأنه بين شقي الرحى ، ممـــا ينمى لديه نمطاً من الانعزالية ، والإحساس بفقد الهوية ، وعدم الإدراك الجيد لطبيعة دوره داخل المجتمع.

(على عبد النبي ، 1996، ص191)

هذا، وتؤكد دراسات عديدة على أن الإعاقة السمعية هي أشد أنواع الإعاقات تأثيراً على الطفل المعاق

(فاروق صادق ،1988 ، ص52)

ويذكر عبد العزيز الشخص (1990) أن شعور ذوي الإعاقة السمعية بالاتجاهات السالبة نحوهم يـــؤثر تأثيرا سالبا على طموحهم ونموهم الشخصي والاجتماعي ، كما يؤدي إلى تكوين مفهوم سالب لديهم عن ذواتهم، و إلى انخفاض مستوى طموحهم ، وقد يحجمون عن المدرسة أو العمل أو المجتمع كله.

(عبد العزيز الشخص ، 1990 ، ص 78)

فالإعاقة السمعية تؤدى إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل ، حيث تحد من مشـــاركته وتفاعلاتـــه مـــع الآخرين ، ومن اندماجه في المجتمع ، مما يؤثر سلباً على توافقه الاجتماعي ، وعلـــى نقـــص اكتســـابه المهـــارات الاجتماعية الضرورية اللازمة لحياته في المجتمع ، فضلاً عن إعاقة النمو الانفعالي للطفل.

(عبد المطلب القريطى ، 1996 ، ص136 – 137)

وهذا القصور في قدرة الطفل ضعيف السمع على التواصل الاجتماعي مع الآخرين ، فضلاً عما يمكـــن أن يتعرض له من أنماط التنشئة الأسرية الخاطئة ، يؤدى به إلى نقص النضج الاجتماعي وإلى الاعتمادية .. ولذا نجد أن كثيراً من الأطفال ضعاف السمع أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالأطفال العاديين ؛ كما أنهم قد يتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين ، وإساءة فهم تصرفاتهم ، وإظهار درجة مرتفعة من التمركز حول ذواتهم

(جمال الخطيب ، 1998 ، ص 91)

ولذلك فقد أكدت دراسات مثل دراسة أرنولد وأتكنز Arnold & Atkins (1991) على أن مشكلات الصم وضعاف السمع اجتماعية بأكثر منها عاطفية ، وأن للإعاقة السمعية تأثيراً كبيراً علـــى التكيـــف الاجتماعي . (***Arnold & Atkins,1991, pp. 223- 227***) ، ويتفق ذلك مع ما أشار إليه عبد العزيـــز الشخص(1992) من أن الإعاقة السمعية تؤثر بدرجه كبيرة على سلوكيات الأطفال الصم وضـــعاف الســـمع ، سواء المرغوب فيها أو غير المرغوب فيها .. حيث ينخفض سلوكهم التكيفى ، ويرتفع مستوى النشاط الزائد لديهم بالنسبة لأقرانهم العاديين .**(عبد العزيز الشـــخص ، 1992، ص 1023-1045)** ، وقـــد أجريـــت أبحـــاث ودراسات عديدة لتحديد أثر ضعف السمع على شخصية الفرد ، حيث قارنت بين ضعاف السمع والعاديين في سن المراهقة ، وأثبتت هذه الدراسات أن ضعاف السمع كانوا أكثر انطواءً من العاديين.

(محمد عبد المؤمن ، 1986، ص 89)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

أما عن أثر تلك الإعاقة على اضطرابات النطق لدى الطفل ،فيشير عبد العزيز الشخص إلى أن أي خلـــل أو اضطراب في حاسة السمع يؤثر على عملية النطق بدرجة أو بأخرى ، ويحول دون إتمامها بصـــورة صـــحيحة ؛ ومن ثم تعد الإعاقة السمعية من الأسباب الأساسية لاضطرابات النطق والكلام ؛ حيث يصعب على المعاق سمعيـــاً سماع الكلام العادي وفهمه دون مساعدة خاصة **(عبد العزيز الشخص ، 1997 ، ص 173)**

وتبين زينب شقير(2001) أن اضطرابات النطق قد ترجع إلى ضعف السمع ضعفاً يجعل الطفل عـــاجزاً عن التقاط الأصوات الصحيحة للألفاظ ،وبخاصة في المرحلة الأولى من عمر الطفل**(زينب شقير،2001،ص198)**

أما عن الأساليب التعليمية والإرشادية للمعاق سمعياً ، فيشير عاطف عـــدلي (1988) إلى أن البصـــر وسيلة تعويضية هامة من وسائل تحصيل المعلومات ، فالتجربة البصرية أكثر دوامًا وأعمق أثـــرًا ؛ حيـــث ثبـــت أن حوالي "75% " من المعرفة يتم اكتسابها عن طريق حاسة البصر .**(عاطف عدلي ، 1988 ، ص 172)**

وتؤكد "***وايناند*** " Wynand (1994) أن العلاج النفسي الجماعي أفضل أنواع العلاج التي ينبغي استخدامها مع الأطفال الصم الذين يعانون من مشكلات سلوكية عديدة . حيث إن العـــلاج النفســـي الجمـــاعي يساعدهم على التخلص من مشاعر العزلة ، ويعمق لديهم مشاعر الأمن.

(Wynand , 1994 , pp.4034- 4035)

وبالتالي يجب استخدام أحد الأساليب العلاجية الجماعية لتخفيف حدة السلوك الانطوائى وتحسين مستوى النطق لدى المعاقين سمعياً وخاصة ضعاف السمع، وتعتبر السيكودراما من أكثـــر الأســـاليب العلاجيـــة الجماعيـــة المستخدمة مع الفئات المختلفة.

ويعتبر " كلايتون وروبنسون" ***Clayton&Robinson*** (1971) مـــن أوائـــل الـــذين وظفـــوا السيكودراما مع مرضى الصم وضعاف السمع ؛ مؤكدين على فاعلية هذا الأسلوب في علاج بعـــض مشـــكلات الصم وضعاف السمع ؛ لاعتماد هذا الأسلوب العلاجي على كل من لغة الإشارة والحركـــة والإيمـــاءات كلغـــة للتواصل ، بدلاً من الألفاظ واللغة المنطوقة. ***(p. 416,Clayton&Robinson,1971)***

ويؤكد عبد الفتاح مطر (2002) على أن التواصل بين الصم يزداد بزيادة الأدوار الســـيكودرامية الـــتي يجب على الأصم القيام بها، لأن ذلك يتيح الفرصة لإيجاد لغة عامة بين المعالج والعميل، وأعضاء الجماعة العلاجيـــة، ويصبح التعبير الانفعالي لديه أكثر سهوله مع قلة القيود على وسائل التواصل بين الأصم والمعالج.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ولذلك فإنه يمكن الاستفادة من حب الطفل للتمثيل النفسي أو الدراما النفسية في غرس قيم وسلوكيات جديدة لدى الطفل المعاق سمعياً.. وفى هذا الإطار يحاول الباحث في دراسته الحالية إعداد برنامج يقوم على السيكودراما لتعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى لدى ضعاف السمع ، مبنى على مواقف تمثيل درامية، ويتضمن جلسات سيكودرامية ، تتيح للأطفال ضعاف السمع التفاعل والمشاركة فيما بينهم، من أجل إكسابهم بعض المهارات الشخصية والاجتماعية ، ويساعدهم على تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى لديهم. حيث إن السيكودراما تضع الطفل أمام الوقائع والأفكار والسلوكيات المختلفة بشكل مجسد وملموس ، وتتيح له التنفيس الانفعالي عن مشكلاته ، وتخفف من توتراته ، وتكسر حاجز العزلة النفسية من حوله.

* مشكلة الدراسة :-

تؤثر إعاقة الطفل عليه وعلى علاقاته بالآخرين ، مما يؤدي به إلى تجنب المجتمع المحيط به والتمركز حول الذات. وقد توصلت دراسات وبحوث عديدة إلى أن الأطفال ضعاف السمع لديهم اضطراب في بعض جوانب السلوك التكيفى ؛ متضمناً ذلك الكثير من المشكلات السلوكية التي يعاني منها المعاقون بصفة عامة، والمعاقون سمعياً ــ سواء الصم أو ضعاف السمع ــ بصفة خاصة، مثل دراسة كل من: دراسة

أبلين وروسون Aplin&Rowson (1986) التي توصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة ودالة بين ضعف السمع والسلوك الأنطوائى، وتوصلت أيضاً دراسة خالد عبد الرازق (1990) إلى أن صورة الذات لدى الصم تميزت بسيادة السلوكيات السالبة كالانسحاب والانطواء، بينما توصلت دراسة عبد العزيز الشخص (1992) إلى أن مستوى السلوك التكيفى للأطفال المعاقين سمعياً أقل منه لدى أقرانهم العاديين؛ ويتضح أيضاً ذلك من خلال ملاحظة الباحث للسلوك اليومي لتلاميذ هذه الفئة. ومن هنا تبرز مشكلة الدراسة الحالية في كيفية تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي (السلوك الانطوائي وبعض اضطرابات النطق مثل الحذف والإبدال) لدى الأطفال ضعاف السمع .

وبالتالي يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي :-

* ما مدى فاعلية برنامج علاجي يقوم على السيكودراما ، في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى (السلوك الانطوائي ــ بعض اضطرابات النطق) لدى التلاميذ ضعاف السمع ، في المرحلة العمرية من " 9- 12 " عاماً ؟ .

* أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى (متمثلة في : السلوك الانطوائي ــ وبعض اضطرابات النطق) لدى ضعاف السمع ؛ وذلك بالاعتماد على برنامج علاجي يقوم على السيكودراما. هذا هو الهدف الإجرائي الرئيسي للدراسة. ومن هذا الهدف الرئيسي تنبثق أهداف أخرى جزئية، وهى :

1- تدريب الأطفال ضعاف السمع على نطق بعض الكلمات واضحة وصحيحة.

2 ــ تنمية القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ، لدى الأطفال ضعاف السمع .

3 تدريب الأطفال ضعاف السمع على نطق بعض الحروف الناقصة لديهم ، وإدخالها في كلمات مختلفة

4 ــ تدريب الأطفال ضعاف السمع على مشاركة أقرانهم في الأنشطة والأعمال الجماعية بالمدرسة .

* أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما تتناوله من محاولة تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي (كالسلوك الانطوائي – وبعض اضطرابات النطق مثل الحذف والإبدال) لدى ضعاف السمع، باستخدام برنامج علاجي يقوم

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

على السيكودراما. حيث إن تعديل مثل هذه السلوكيات غير التكيفية لدى ضعاف السمع يكسبهم القـــدرة علـــى الاندماج مع العاديين، ويسهم بشكل فعال في تحسين توافقهم النفسي والاجتماعي، ويجعلـــهم أفـــراداً فعـــاليين في المجتمع. ومما يزيد من أهمية الدراسة تناولها لفئة في غاية الأهمية وهم الأطفال المعاقين سمعياً ، الذين يفتقدون بســـبب الإعاقة السمعية كثيراً من العلاقات الاجتماعية التي يكتسبها الأطفال العاديون من خلال تفاعلهم مع المجتمع الـــذي يعيشون فيه(**فاروق صادق، 1988،ص52**)

الإطار النظري(*)

المحور الأول : ضعاف السمع

أولاً : مفهوم ضعف السمع:

يعرف كل من يسلديك وألجوزين Ysseldyke&Algozzine (1995) ضعيف السمع بأنه الشخص الذي تتراوح درجة فقدانه للسمع بين (35 – 69 ديسبل)، لحد الذي يضطره إلى استخدام أداة سمعية (وسيلة مٌعينة) .بمعنى أنه يجد صعوبة في فهم كلام الآخرين عن طريق الأذن بدون استخدام وسيلة مٌعينة .

(Ysseldyke& Algozzine , 1995, p. 385)

ويشير محمد النوبي (2000) إلى أن ضعاف السمع هم الأشخاص الذين تضطرب حاسة السمع لـــديهم نتيجة لحدوث تعطل جزئي لها ، بسبب اضطراب يحدث في مكان ما في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخليـــة أو في العصب السمعي ، أو في مركز السمع بالمخ مما يعوق العلاقات الاجتماعية .***(محمد النوبي ، 2000 ، ص 4)***

ويعرف ضعاف السمع بأنهم الأشخاص ذوو حدة السمع المنخفضة ، لدرجة تجعلهم يحتاجون لخـــدمات خاصة مثل التدريب على السمع ، وقراءة الكلام ، والعلاج الكلامي ، أو المعينات السمعية .

(عادل الأشول ، 1987 ، ص422 ؛ عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي ،1992، ص 209)

كما يعرف عبد الرحمن سليمان (1998) على أن ضعيف السمع هو الشخص الذي لديه إعاقة سمعيـــة دائمة أو مؤقتة ، تؤثر بشكل سالب على مهاراته في التعبير والاستقبال ، خلال اتصاله بالآخرين ، مما يـــؤثر علـــى تطور نموه الاجتماعي . وقد تحول دون مرور المعلومات اللغوية خلال حاسة السمع ، سواءً باســـتخدام أو بـــدون استخدام معينات سمعية .***(عبد الرحمن سليمان ، 1998 ، ص 67)***

وبناءً على ما سبق ، يمكن للباحث تعريف ضعيف السمع بأنه " من فقد سمعه جزئياً ، منـــذ المـــيلاد ، أو بعد اكتساب اللغة والكلام؛ ولكنه مع ذلك يمكنه استقبال الخبرات اللغوية والمعرفية من خلال بقايا السمع بصـــورة ناجحة؛ إما باستخدام المعينات السمعية أو بدونها ".

ثانياً : الخصائص النفسية لضعاف السمع:

يوضح شاكر قنديل(1995) أن صعوبات الاتصال تعوق علاقة الطفل المعاق سمعيا بوالديـــه وبأقرانـــه. وحينما يصبح الطفل واعياً بتلك العزلة، يشعر بأنه مرفوض من والديه وأقرانه ؛ ويعكس تلك المشاعر على صـــورته

(*) لمزيد من الإيضاح راجع الفصل الثاني من الدراسة من(ص10- ص 69)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

لذاته. كما أن الخبرات السالبة التي قد يكتسبها في المدرسة وفى بيئته الأسرية تسهم في تشكيل مفهوم سالب عـــن ذاته. فإذا ما تجمع كل ذلك بداخله، أصبح المعاق سمعياً مكبلاً من الداخل ؛ ويصعب عليه عندئذ الارتباط بمعلميه وأقرانه على النحو الأمثل .ويؤدي تراكم خبرات الفشل والإخفاق إلى زيادة بعد وانفصال المعـــاق سمعيـــا عـــن الآخرين. وحينما يضاف الفشل الأكاديمي إلى الإخفاق الاجتماعي، تزداد الصعوبات الاجتماعية والانفعالية تعقيدا بالنسبة للمعاق سمعيا***(شاكر قنديل، 1995،ص9)***.

ويذكر عبد الرحمن سليمان (2000) أن المعاق سمعيا يحاول تجنب مواقف التفاعل الاجتمـــاعي مـــع عادي السمع ، نظراً لصعوبة الاتصال اللفظي اللازم لإقامة علاقات اجتماعية معهم؛ ولذلك فإنه يميل إلى مواقـــف التفاعل التي تتضمن فرداً واحداً أو فردين . وحتى الذين يعانون من إعاقة سمعية متوسطة ، أي فقدان سمعي بحـــدود "50" ديسيبل ، يحتاجون إلى تركيز انتباههم جيدا للحديث الشفهي للآخرين ، والاستعانة بحاسة البصر لـــديهم ، سواء لقراءة الشفاه أو تعبيرات وجه المتكلم وإيماءاته ، حتى يستطيعوا فهم ومتابعة الحوار . ويتعذر عليهم تحقيق هذا الفهم في المواقف التي تتضمن عدة أشخاص .. أما الذين يعانون من فقدان سمعي شديد بحدود "80" ديســـيبل ، فإنهم يميلون إلى إقامة علاقاتهم الاجتماعية مع أقرانهم الصم .**(عبد الرحمن سليمان ، 2000 ، ص 108)**

وبالتالى تعتبر الإعاقة السمعية عامل أساسي في عزل الفرد المعاق سمعياً عن الآخـــرين، وتجنـــب تكـــوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم، مما يفضل العزلة والتمركز حول ذاته وتتوقف قدرة المعاق سمعياً على تكوين علاقات مع الآخرين على درجة فقدان السمع.

وأخيراً تم إجراء أبحاث ودراسات عديدة لتحديد أثر ضعف السمع على شخصية الفرد، حيث توصـــلت دراسة كنوتسون ولانسنج Knutson & Lansing (1990) إلى أن أى تقدم في التواصل لدى الأصم ســـواء فى البيت أو مع الأصدقاء يؤدى إلى تخفيف الانطواء الاجتماعي وتخفيف الشعور بالوحدة أو العزلة، وأكدت أيضـــاً دراسة ماكسون وآخرون Maxon et al. (1991) إلى أن الأطفال ضعاف السمع كانوا يشـــعرون بالعزلـــة الاجتماعية.

المحور الثاني: السلوك غير التكيفي : ***Maladaptive Behavior***

يتناول الباحث فى هذا المحور السلوك غير التكيفي ؛ متضمنا ذلكً: الانطـــواء ، واضـــطرابات النطـــق، والسلوك غير التكيفي لدى ضعاف السمع.

أولاً: الانطواء Introversion:

إن كلمة منطوي introvert تعتبر اسم الفاعل من الفعل " ينطوي " ؛ والمصدر منه " الانطواء " Introversion من الكلمة اللاتينية Entro بمعني ضمن أو داخل within ، والكلمـــة اللاتينيـــة Versio بمعني التحول إلى Turning.. وبناءً عليه ، فإن كلمة "الانطواء" تعني :

1- التحرك الخارجي لعضو ما إلى الداخل بصورة تامة أو أقل .

2- التحرك نحو أو داخل الليبيدو ، وعند ذلك فإن الرغبات لا تتحرك نحو الهدف ، ولكنها ترجـــع إلى داخل النفس . **(محمد الجبوري ،1990 ، ص54)**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

والانطواء مصطلح استخدمه يونج Jung للدلالة على اتجاه اهتمام الفرد نحو العالم الـــداخلي ، وليس للعالم الخارجي ؛ حيث يبدي المنطوي ميلاً إلى الانعزال عن الاتصالات الاجتماعية ، وإلى التقوقـــع داخـــل الذات ، وإلى الاهتمام فقط بأفكاره الخاصة وخبراته الذاتية. **(عادل الأشول ،1987، ص 525؛ فـــاخر عاقـــل ،1988، ص 197؛ *English&English,1958, p. 167*)**

ويعرف جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (1991) الانطواء بأنه الانكفاء إلى الداخل .ويشيران إلى أن هذا المصطلح يتم استخدامه في نظرية الشخصية للدلالة على الميل إلى تقليص العلاقات الاجتماعية ، والانشغال الزائـــد للفرد بأفكاره ومشاعره وخيالاته ؛ بأكثر من انشغاله بالعالم الخارجي ، وهو عالم الناس والأشياء .

(جابر عبد الحميد وعلاء كفافي ،1991، ص1808)

ومن خلال ما سبق يمكن للباحث تعريف السلوك الانطوائى بأنه " سلوك سلبي ، غير اجتماعي ، هدام ، يميل فيه الفرد إلى الابتعاد عن الآخرين ، وتكون لديه رغبة شديدة في العزلة والسلبية ، وقدر كبير من الخجل ؛ ممـــا يؤدي إلى ضعف ثقته بنفسه ، وعدم مشاركته لأقرانه في أنشطتهم ، مما يفضي إلى تمركزه حول ذاته."

*** مظاهر الانطواء :**

الشخص المنطوي ـــ كما وصفه يونج ـــ هو شخص متأمل ، ومتحفظ ، وحساس ، ومتباعـــد . وقـــد وجد أيزنك أن حالات القلق ، واستجابات الوسوسة ، والاضطرابات الاكتئابية ، تميـــل إلى الارتبـــاط بـــالنمط الانطوائي . ويغلب على استجابات الانطواء أن تكون ذاتية بأكثر منها حركية .

(عن : جابر عبد الحميد وعلاء كفافي ،1991، ص1808)

ويرى عادل الاشول (1996) أن الطفل المنطوي يظهر رغبةً شديدة في العزلة والسلبية ، وقدراً كبيراً من الخجل والاكتئاب ، وعدم الميل إلى القيام بالنشاط الخارجي مع مجموعة من الأقران .

(عادل الاشول ،1996 ،ص 485)

ويبين صلاح مخيمر (1979) أن العلاقات الاجتماعية هي الأساس في نشأة العصاب ، فعندما تكون هذه العلاقات غير ملائمة ، ينشأ عند الطفل القلق الأساسي ، والذي هو شعور بالعزلة والعجز في عالم عدائي لا يفهم الطفل.**(صلاح مخيمر ،1979، ص303)**

وتؤكد سهام عبد الحميد (1997) على أن الطفل المنطوي هو طفل ضعيف الثقة بنفسه ، ويسلك هـــذا السلوك المنسحب بهدف تجنب الإحباط الاجتماعي ، وتجنب عقبات التعامل مع الآخرين ، ومحاولة التوافـــق مـــع المواقف المحبطة عبر تجنبها والبعد عنها، كما أنه يرفض المشاركة الإيجابية في البيئة المحيطة به.

(سهام عبد الحميد ، 1997 ،ص 673)

ويذكر أحمد راجح (1999) أن المنطوي يؤثر العزلة والاعتكاف ، ويجد صعوبة في التفاعل مع النـــاس ؛ فيقصر معارفه على عدد قليل منهم ، ويتجنب الصلات الاجتماعية ، ويقابل الغربـــاء في حـــذر ، وهـــو شـــديد الحساسية لملاحظات الآخرين ، ويتعرض بسهوله لجرح مشاعره . وهو كثير الشك في من حوله من الناس ، وشديد

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

القلق على ما قد يأتي به الغد من أحداث ومصائب . وهو أيضاً متقلب المزاج دون سبب ظاهر ، ويستسلم لأحلام اليقظة . وهو كثير الندم والتحسر على ما فات ، ولا يعبر مظهره الخارجي عن عواطفه في صراحة. وهو إلى جانب هذا دائم التأمل في نفسه وفي تحليلها ، ويهتم بأفكاره ومشاعره بأكثر من اهتمامه بالعالم الخارجي ، ويفكر طويلاً قبل أن يبدأ عملاً ما .**(أحمد راجح ،1999، ص471)**

ثانياً - اضطرابات النطق*Articulation Disorders*

تشير زينب شقير (1999) إلى أن السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل تشكل الأساس الجوهري في حياته اللغوية. وما تزال الأسرة حتى الآن المسئول الأول عن تربية الطفل خلال هذه السنوات الأولى من الطفولة . ولذلك فإن الأسرة الفقيرة ثقافياً ، وتلك المنطوية على أفرادها ، و الثالثة التي تستبعد الأطفال من نطاقها الاجتماعي ، وتكل أمرهم إلى الشغالات ، إنما ينشأ أبناؤها على الفقر اللغوي ، وعلى مجموعة من العادات الكلامية التي يصعب تخليصهم منها في المراحل العمرية التالية . **(زينب شقير ،1999 ،ص 302)**

ويذكر عبد العزيز الشخص (1997) أن النطق هو تلك العملية التي يتم من خلالها تشكيل الأصوات (اللبنات الأولى للكلام) الصادرة عن الجهاز الصوتي ، لكي تظهر في صورة رموز تنتظم بصورة معينة ، وفي أشكال وأنساق خاصة ، وفقاً لقواعد متفق عليها في الثقافة التي ينشأ فيها الفرد. فإذا كان الصوت يمثل اللبنة الأساسية التي يتكون منها الكلام ؛ فإن عملية النطق تماثل عملية البناء التي تتضمن وضع اللبنات وتركيبها مع بعضها وفقا لنظام معين لكي تتشكل الجدران ؛ بحيث إذا حدث خلل في ذلك التنظيم ، فإنه يسفر عن خلل في البناء كله .

(عبد العزيز الشخص ،1997 ، ص32)

***مفهوم اضطرابات النطق:**

كما يعرف عبد المطلب القريطي (1998) اضطرابات النطق بأنها اضطرابات تتمثل في تأخر اكتساب الطفل لأصوات الكلام بالمعدل الذى يتناسب مع عمره الزمني والعقلي ؛ مما يؤدى إلى سوء نطقه ، أو إلى عيوب وتشوهات في أصوات الكلام ، أو إلى عدم الانسجام في تزامل الأصوات ؛ ومن ثم صعوبة فهم الآخرين لكلامه . **(عبد المطلب القريطي ،1998 ، ص340)** ، وتختلف درجات اضطرابات النطق من مجرد اللثغة البسيطة إلى الاضطراب الحاد ، حيث يخرج الكلام غير مفهوم نتيجة الحذف ، أو الإبدال ، أو التشويه .

(عبد العزيز الشخص ، 1997، ص 207)

ومن خلال ما سبق يمكن للباحث تعريف اضطرابات النطق بأنها " الاضطرابات المعبرة عن افتقاد الفرد للقدرة على التواصل اللفظي الجيد مع الآخرين ، بما يتناسب مع عمره الزمني والعقلي ؛ وذلك ، نتيجة إبدال بعض الحروف محل الأخرى ، أو حذف بعضها، أو حدوث تشوه في الكلام ، مما يؤدي إلى عدم نطق الكلام سليماً ، وبالتالي إعاقة فهم الآخرين لهذا الكلام . "

*** أشكال اضطرابات النطق**

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

يعد نطق الأصوات بصورة صحيحة وتنظيمها أساساً لعملية الكلام ، بحيث إنه إذا لم يتم ذلـــك بصـــورة صحيحة ، فإن الكلام يظهر مضطرباً .. وهناك أربعة أنماط أو أشكال لاضطرابات النطـــق ، وهـــي : الحـــذف ، والإبدال ، والتشويه ، والإضافة .. ونوضح ذلك فيما يلي :

<u>1 - الحـــذف :</u>

يتضمن الحذف نطق الكلمة ناقصة حرفاً أو أكثر .. وغالباً ما يتم حذف الحروف الأخيرة من الكلمـــة ، مما يؤدى إلى صعوبة فهم كلام الطفل. وقد يميل الطفل إلى حذف أصوات أو مقاطع صوتية معينة . وقد أوضـــحت بعض الدراسات أن الأطفال يميلون إلى حذف بعض الأصوات الساكنة من الكلمات ، وبخاصة من نهايتها .. وقـــد يتضمن حذف المقاطع الصوتية حذف مجموعة من الأصوات ، (مثل : نطق الطفل " مك " بدلاً من " سمكة"؛ أو " كت مك " بدلاً من " أكلت سمك") . ويعتبر الحذف اضطراباً شديداً في النطق ، نظراً لصعوبة فهم كلام الطفـــل خاصة إذا تكرر الحذف في كلامه . وغالباً ما يستطيع الوالدان والمقربون من الطفل فهم كلامه نتيجة ألفتهم بـــه ، فضلاً عن معرفة الإشارات والإيماءات وحركات الجسم المصاحبة لكلام الطفل .

(عبد العزيز الشخص ، 1997 ، ص209-210 ؛ عبد الفتاح صابر ، 1996 ، ص55)

ومن خلال دراسة الباحث الميدانية، وتجربته الاستطلاعية، تبين للباحث انتشار هذا الاضطراب (الحذف) لدى الأطفال ضعاف السمع الذين يستخدمون المعينات السمعية أو لديهم ضعف سمعي.

<u>2 - الإبدال :</u>

يتضمن الإبدال نطق صوت بدلاً من آخر عند الكلام .. وفي كثير من الأحوال يكـــون الصـــوت غـــير الصحيح مشابهاً بدرجة كبيرة للصوت الصحيح ، من مخارج الحروف ، وطريقة النطق ، وخصائص الصـــوت. (مثل:" أحط بيها" بدلاً من " أحط فيها" ؛ أو " تلت سمك " بدلاً من "كلت سمك") . هذا ، ويكثر الإبدال بـــين أزواج الأصوات ، من قبيل: س ، ث ، ل ، ر ، ق ، ظ ، ت ، د.. وقد يحدث الإبدال نتيجة تحـــرك نقطـــة المخرج ، مثل نطق " د " بدلا من" ج " حيث يتحرك المخرج إلى طرف اللسان بدلاً من وسطه ؛ أو نطق حرف " أ " بدلاً من " ق " ، حيث يتحرك المخرج إلى أقصى الحلق بدلا من أقصى اللسان .. وقد يتحـــرك المخـــرج إلى الأمام (وسط اللسان) فينطق الطفل حرف " ك " بدلا من " ق" .

(عبد العزيز الشخص ، 1997 ، ص 211-212)

وقد لاحظ الباحث من خلال الزيارات الميدانية والدراسة الاستطلاعية أن الأطفال ضعاف السمع ينتشـــر بينهم هذا الشكل من اضطرابات النطق ، وذلك بسبب الإعاقة السمعية التي يعانون منها : فبعض الأطفال منـــهم مثلاً ينطقون كلمة " لاجل " بدلاً من " رجل " ، وكلمة " دبنة " بدلاً من " جبنة " ، وكلمة " ساى " بدلاً من " شاي" .

<u>3- التحريف (التشويه) :</u>

ويتضمن نطق الصوت في هذا الاضطراب بعض الأخطاء ، وينتشر التحريـــف بـــين الصـــغار والكبار ، وغالباً ما يظهر في الأصوات حروف معينة مثل " س ، ش" ، حيث ينطق صوت حرف " س " مصحوباً بصفير طويل ، أو ينطق صوت حرف " ش " من جانب الفم أو اللسان . وقد يستخدم البعض مصطلح ثأثأة (لثغة

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

) ، للإشارة إلى هذا النوع من اضطرابات النطق ؛ كأن يتم نطق كلمة " مدرسة " : " مدرثة " ، أو يتم نطق كلمة " ضابط " : " زابط(*)" (**عبد العزيز الشخص** ، **1997** ، **ص 210-211**)

4- الإضافة :

يتضمن هذا الاضطراب إضافة صوت زائد إلى الكلمة ؛ بحيث يتم سماع الصوت الواحد وكأنه يتكـــرر . مثل : " سصباح الخير " ، أو " سسلام عليكم " . (**عبد العزيز الشخص** ، **1997** ، **ص 212**)

ويضيف عبد الفتاح صابر (1996) موضحاً أن اضطراب الإضافة يجعل الكلام غير واضح أو مفهوم ؛ ويمكن أن تؤدى إلى صعوبة في النطق ، إذا ما استمر ذلك الاضطراب مع الطفل.

(**عبد الفتاح صابر** ، **1996** ، **ص55**)

المحور الثالث : - السيكودراما : _psychodrama_

للسيكودراما أصولها في مسرح التلقائية التي بدأها مورينو Moreno في فينا عام 1921 .. حيث يقول عنها أنها ثورة على ما هو قائم ، فهي تستخدم الجسد والحركة والإيماءة في التعبير ، وهذا يمنحها لغة عالمية ، ويجعلها أسلوباً علاجياً يناسب جميع الفئات العمرية المختلفة ..حيث يلعب المرضي (الممثلون) أدوارهم بطريقة تلقائية ، عن أحداثهم اليومية ، أو عن موضوعات مقترحة من المشاهدين . وبعد انتهاء التمثيل يشترك المشاهدون (الجمهور) في مناقشة تلك الأحداث . وقد وجد مورنيو أن كلا من المرضي والمشاهدين يكتسبون من ذلك تفريغاً وتنسيقاً لمشاعرهم الداخلية .. وقد قادنا هذا المسرح التلقائي إلى تصميم السيكودراما كطريقة علاجية من أجل التعبير عن المشاعر بطريقة درامية وتلقائية .(_**Corey, 2000, pp. 213 – 214**_))

وللسيكودرامـــا فائدة في تدريب الفرد المحبط على التلقائية Spontaneity ، وبالتالي إعادة مواجهـــة المواقف القديمة وفهمها فهما أكثر ملائمة ، وفي مواجهة المواقف الجديدة التي تنشأ من إعادة تمثيل المواقف الدراميـــة بمساعدة الأنوات المساعدة. ولهذه الفائدة أهمية كبيرة في تحرير الفرد من الانفعالات المكبوتة ، ومـــن الـــدفاعات الكابتة لها ، وفي تنمية المرونة والمهارة لديه ، في العلاقات البينشخصية .

(**محمد النابلسي وعبد الرحمن العيسوي** ، **1998** ، **ص 94**)

ويتناول الباحث السيكودراما من حيث : مفهومها ، والأهمية العلاجية للسيكودراما ؛ وبيان ذلك فيما يلي :

***مفهوم السيكودراما** :

تعددت محاولات تحديد معنى أو مفهوم السيكودراما ففي موسوعته لعلم النفس ، يعرف أســـعد رزوق (1979) السيكودراما بأنها تمثيل نفساني ارتجالاً موجهاً للمشاهد ، وهدفه حمل المرضي على تمثيـــل تصـــرفاتهم في الحياة العادية . والسيكودراما طريقة تستخدم في تشخيص مشكلات الشخصية وعلاجها ، والتي من قوامها حمـــل

(*)هذا إذا كان الطفل لا يستطيع بالفعل نطق كلمة " ضابط " إلا بصوت كلمة " زابط " .. أما إذا كان الطفل يســـتطيع نطق كلمة " ضابط " ، ولكنه فى كثير من الأحيان ينطقها " زابط " ، فإن ذلك يُعد من قبيل استخدام اللغـــة العاميـــة الشائعة ، وليس من قبيل "الثأثأة " (الباحث ، استرشاداً بتوجيه حمدان فضة) .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

الشخص على الاستعادة التلقائية ـــ فوق المسرح وأمام جمهور المشاهدين في بعض الحالات ـــ لموقف ذي مغـــزى بالنسبة للصعوبة التي يعاني منها الشخص ، أو بالنسبة للمشكلة التي تحتاج إلى المعالجة.

(أسعد رزوق ، 1979 ، ص89)

ويضيف حسين عبد القادر وحسين سعد الدين (1994) موضحين أن السيكودراما أداة إســقاطية في تصميمها، حيث إن السيكودراما واحدة من تشكيلة تباينات يتخذها النمط الكيفي الواحد لكل العلاقات النفســية في متصل يمضى من الأعماق اللاشعورية للفرد إلى أفعاله الصريحة مع الآخرين وبينهم

(حسين عبد القادر وحسين سعد الدين،1994،ص117)

ويعرف حامد زهران (1995) السيكودراما بأنها أسلوب علاجي نفسي جماعي قائم على نشاط المرضى .. وهي عبارة عن تصوير مسرحي ، وتعبير لفظي حر ، وتنفيس انفعالي تلقائي ، واستبصـــار ذاتي ، في موقـــف جماعي . **(حامد زهران ، 1995 ، ص314 – 315)**

ومما سبق يمكن للباحث تعريف السيكودراما بأنها " أحد أشكال العلاج النفســي الجمــاعي ، القائم على مبدأ التلقائية في الأداء ؛ حيث يقوم المريض (البطل) بتمثيل بعض المواقف الحياتية الماضية أو الحاضــرة أو حتى المستقبلية في إطار الجماعة العلاجية ؛ فيعبر عن نفسه من خلال التمثيل على خشبة المسرح بكل حرية ، مما يتيح له التنفيس الانفعالي ، والاستبصار بمشكلاته ، وتحسين مهاراته وتفاعلاته ؛ وذلك بمساعدة الأنوات المساعدة ، وفى إطار استخدام الفنيات المتعددة للسيكودراما " .

***الأهمية العلاجية للسيكودراما:**

تتمتع السيكودراما بخصائص عديدة قد لا تتوافر في أساليب علاجية جماعية أخرى عديدة ، ومــن هــذه الخصائص ما يلي :

* سهولة ويسر تطبيق السيكودراما وإجرائها ، سواء على مستوى الأطفال أو المــراهقين أو الراشــدين. وربما يرجع السبب في ذلك إلي أن السيكودراما تستخدم لغة لا يختلف عليها أحد، وهى لغــة الأداء أو التجســيد، ومن ثم يسهل التفاهم بين أعضاء الجماعة العلاجيــة، وهــذه الســهولة مــن شــأنها أن تــؤدى إلى حــدوث الاستبصارInsight المسبوق بنتيجة على درجة كبيرة من الأهمية وهى التنفيس الانفعالي الذي يشكل بدوره محوراً أساسياً في العلاج بهذا الأسلوب.

* تتيح السيكودراما فرصاً للمشاركة بين أعضاء الجماعة العلاجية . كما أن هناك فرصة لاستخدام الإسقاط كميكانيزم دفاعي يلعب دورا كبيرا في العملية العلاجية ، إذ يعمل على خروج الخبرات السابقة ، ومن ثم طرحها على أفراد الجماعة ، والتخلص منها كخطوة أولى لمواجهة ما يعانيه الأفراد من اضطرابات .

* السيكودراما غنية بالفنيات التي تستخدمها . وهذا يعنى أنها أسلوب يلائم كافة المستويات التعليمية والثقافية . كما أنها صالحة للاستخدام في علاج العديد من الاضطرابات ومشكلات التوافق.

* تنضمن السيكودراما عملية لها حيويتها وأهميتها ، وهى عملية التهيئة .

* تصلح السيكودراما للاستخدام مع الاضطرابات التي يصعب فيها التواصل اللفظي .فقد يتم تمثيل الأدوار بصورة صامتة، فيما يعرف بالتمثيل الإيمائي أو التمثيل بالإشارة (البانتومايم) Pantomime .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

* تشجع السيكودراما الأفراد على عرض مشكلاتهم ، ومن ثم تتيح لهم المشاركة في طرح العديد من الحلول الواقعية لها ؛ وعلى كل فرد تبني الحل الذي يكون بمقدوره الأخذ به.

(عبد الرحمن سليمان،1999، ص206)

* تساعد السيكودراما الفرد على الوصول إلى الاستبصار بسلوكه ، ومن ثم يتم تعديله وتبني سلوكيات بديلة . (**Swink, 1985 , p. 262**)

ولما للسيكودراما من مزايا علاجية عديدة ، فقد استخدمت في كثير من الدراسات العربية والأجنبية . وتوصلت هذه الدراسات إلى أن العلاج بالسيكودراما كان وسيلة فعالة في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية أو السلوكية ؛ مثل : الفصام (حسين عبد القادر،1974) ، والفصام البارانوي (حسين عبد القادر ، 1986) ، والاضطرابات العقلية والانفعالية (كليرمان Kellermann ، 1987) ، وبعض مشكلات الأطفال (عزة عبد الجواد ، 1990 ؛ أسماء غريب ، 1994) ، والتلعثم (صفاء غازي ، 1991؛ سيد البهاص ، 1993) ، وتقوية الأنا لدى الأحداث الجانحين (حسين عبد القادر وحسين سعد الدين ،1994) ، وتحسين التواصل لدى الآباء المسيئين للطفل (وجدي زيدان ،1998) ، وتنمية المهارات الاجتماعية (عبد الفتاح مطر ،2002) ، وتخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال (آمال الفقي ، 2002) .

دراسات وبحوث سابقة(*)

أ - دراسات وبحوث تناولت السلوك غير التكيفي للمعاقين سمعياً :

سوف يقوم الباحث بعرض الدراسات والبحوث التالية :

1- دراسة على مفتاح (1984):هدفت الدراسة إلى الكشف عن الخصائص النفسية للأطفال ضعاف السمع. وكان من بين نتائج الدراسة ما يلي : كانت هناك فروق بين ضعاف السمع وعاديي السمع ، في التوافق الشخصي والاجتماعي ، لصالح عاديي السمع ؛ وذلك من حيث القدرة على الاعتماد على النفس ، وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، والإحساس بالقيمة الذاتية .

2ـ دراسة أبلين وروسون Aplin & Rowson (1986):هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين السلوك الانطوائى ، وضعف السمع، والخبرات السابقة لمشاكل السمع .وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة ودالة بين ضعف السمع والسلوك الانطوائى.

3 ـ دراسة ريموند وماتسون Raymond & Motson (1989):استهدفت هذه الدراسة معرفة طبيعة العلاقات الاجتماعية لدى ضعاف السمع من الأطفال والراشدين . وبينت النتائج أن هناك علاقة موجبة بين الانسحاب الاجتماعي والعدوانية لدى أفراد العينة . كما أوضحت النتائج أيضاً أن أفراد العينة من ضعاف السمع كانوا أكثر انسحاباً اجتماعياً من أقرانهم العاديين.

4 - دراسة كنوتسون ولانسنج Knutson & Lansing (1990) هدفت الدراسة إلى توضيح نموذج التواصل لضعاف السمع . وتوصلت الدراسة إلى أن أي تقدم في التواصل لدى الأصم ، سواءً في البيت أو مع الأصدقاء ، يؤدى إلى تخفيف الانطواء الاجتماعي ، وتخفيف الشعور بالوحدة أو العزلة .

(*) لمزيد من الإيضاح راجع الفصل الثالث من الدراسة من (ص70 – ص 89)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

5ـ دراسة خالد عبد الرازق (1990) :للكشف عن دينامية بعض أبعاد البناء النفسي لــدى الصــم.وقــد توصلت الدراسة إلى أن صورة الذات لدى الصم تميزت بسيادة السلوكيات السالبة كالانسحاب والانطواء . وعدم وجود فروق بين البنات من حيث القدرة على إقامة علاقات اجتماعية وصداقات ، سواء مع الإناث الصم أو مــع العاديات .

6 ـ ***دراسة عبد العزيز الشــخص (1992)*** :لمقارنة السلوك التكيفى والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعيا ، بالنسبة لأقرانهم العاديين في السمع . ودراسة العلاقة بين هذه الخصائص السلوكية وأسلوب رعايــة هؤلاء الأطفال .وتوصلت الدراسة إلى أن الإعاقة السمعية لها تأثير كبير على سلوكيات الأطفال ، ســواءً كانــت سلوكيات مقبولة أو سلوكيات غير مقبولة .وأن مستوى السلوك التكيفي للأطفال المعاقين سمعياً ، أقل منــه لــدى أقرانهم العاديين .

7- ***دراسة وفاء الجنيدى (1993)*** :للتعرف على مدى انتشار اضطرابات السلوك لدى الأطفــال الصــم وضعاف السمع ، والعوامل التي تهيئ لهذه الاضطرابات. واتضح من نتائج الدراسة أن هناك علاقــة قويــة بــين اضطرابات الكلام ودرجة الفقدان السمعي (حيث أنها تزيد بزيادة الصمم) .

ب : دراسات وبحوث تناولت السيكودراما أو بعض الأساليب العلاجية الأخرى فى تحسين السلوك غير التكيفي لدى المعاقين سمعياً:

وسوف يقوم الباحث هنا بعرض الدراسات والبحوث الآتية : ـــ

1- ***دراسة كلايتون ، وروبنسون Clayton&Robinson (1971)***(*):لبحث فاعلية السيكودراما كأسلوب علاجي للغضب ، لدى الصم .و توصلت الدراسة إلى أن السيكودراما أفادت في تخفيف حدة الغضــب لدى لوسي (حالة الدراسة)؛ حيث أحدثت السيكودراما تغيرات في سلوكها ، وساعدتها على أن تســلك بطريقــة جيدة ، وأن تعبر عن مشاعر غضبها بصورة أفضل ، واختفت نوبات الغضب التي كانت تعتريها ، وارتفعت درجة التلقائية والمبادأة لديها ، مما أدى في النهاية إلى عودتها إلى عملها .

2- ***قام سوينك swink (1985)*** :باستخدام السيكودراما كعلاج نفسي جماعي لتــدريب الصــم علــى المهارات الاجتماعية ، ومساعدة الصم على تطوير أنماط سلوكية بديلة للغضب . وأكدت نتائج الدراســة علــى فاعلية السيكودراما في تلاشي عزلة رون (حالة الدراسة) في محيط الجماعة العلاجية ، حيث تزايد اندماجه وتفاعله مع الجماعة العلاجية ، ومشاركته اللعب معهم ، وانخفض سلوكه المدمر العنيف ، من خلال تعليمه سلوكيات بديلة إيجابية ، في إطار بيئة نفسية مشجعة وآمنة .

3- ***دراسة باريت Barrett (1986)*** :لمعرفة فاعلية السيكودراما القائمة على لعب الدور ، على كل من التوافق الاجتماعي وصورة الذات ، لدى المراهقين الصم .و توصلت الدراسة إلى تحسن صورة الــذات (تصــور موجب للذات) ، وزيادة التوافق الاجتماعي ، وانخفاض العزلة الاجتماعية ، لدى أفــراد المجموعــة التجريبيــة ، بالمقارنة إلى أفراد المجموعة الضابطة.

(*)مع أن هذه الدراسة تعتبر غير حديثة نسبياً ، إلا أن الباحث عرضها هنا نظراً لأهميتها ؛ حيث استخدمت الســيكودراما في تحسين المهارات الاجتماعية (كنقيض للانطواء) ، لدى الصم .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

4- ***دراسة صفاء عبد العزيز (2002)*** :للتعرف على مدى فاعلية البرنامج المقترح لتخفيف حدة السلوك الانطوائى لدى الأطفال ضعاف السمع .وأكدت نتائج الدراسة على فاعلية البرنامج المستخدم الذي اعتمد على اللعب ، في تخفيف حدة السلوك الانطوائى ، لدى أفراد المجموعة التجريبية من ضعاف السمع . كما أكدت النتائج أيضاً استمرارية هذه الفاعلية لما بعد انتهاء فترة المتابعة .

5- ***دراسة عبد الفتاح مطر (2002)*** للتعرف على فاعلية برنامج قائم على السيكودارما ، في تنمية بعض المهارات الاجتماعية (التعاون – الاستقلالية – الصداقة) لدى الأطفال الصم .وأكدت نتائج الدراسة فاعلية ، بل واستمرار فاعلية ، البرنامج المستخدم القائم على السيكودراما ، في تحسن المهارات الاجتماعية (التعاون ـــ الاستقلالية ـــ الصداقة) لدى الأطفال الصم في المجموعة التجريبية .

وأخيراً من حيث ما توصلت إليه هذه الدراسات والبحوث من نتائج ، جاءت الدراسات والبحوث تؤكد على أن السيكودراما من أفضل الطرق العلاجية بالنسبة للأفراد الصم وضعاف السمع ، فقد أكدت دراسة كل من كلايتون وروبنسون (1971) ، وسوينك (1985) ،وعبد الفتاح مطر (2002) على فاعلية السيكودراما في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الصم وإكسابهم السلوك الإيجابي وتخفيف حدة العدوان لديهم ، بالإضافة إلى دراسة باريت (1986) التي أشارت إلى فاعلية السيكودراما في تعديل صورة الذات ، وزيادة التوافق الاجتماعي وانخفاض درجة الانعزالية ، لدى المراهقين الصم.

*فروض الدراسة :

1- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطيٌ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في السلوك الانطوائى ، بعد تطبيق البرنامج ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية .

2- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطيٌ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في اضطرابات النطق (الحذف ، والإبدال) ، بعد تطبيق البرنامج ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية .

3- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطيٌ درجات المجموعة التجريبية ، بعد تطبيق البرنامج وبعد المتابعة ، في السلوك الانطوائي ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد المتابعة.

4- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطيٌ درجات المجموعة التجريبية ، بعد تطبيق البرنامج وبعد المتابعة ، في اضطرابات النطق (الحذف ، والإبدال) ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد المتابعة.

الطريقة والإجراءات(*)

أولاً : منهج الدراسة :

استخدم الباحث التصميم التجريبي المختلط ؛ أي الذي يجمع بين التصميم التجريبي من نوع " بين المفحوصين " (والذي يستخدم في المقارنات بين المجموعات غير المرتبطة ، كالتجريبية والضابطة مثلاً) . والتصميم التجريبي داخل المجموعات ، أي التصميم ذي القياسات المتكررة لنفس المجموعات (والذي يستخدم في المقارنات بين المجموعات المرتبطة ، أي يستخدم في المقارنات القبلية والبعدية لنفس المجموعة التجريبية)

ثانياً : الخطوات الإجرائية للدراسة :

(*) لمزيد من الإيضاح راجع الفصل الرابع من الدراسة من (ص90 – ص150)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

1- عينة الدراسة:

بعد حصول الباحث على موافقة الجهات الإدارية المختصة بإجراء الجانب التطبيقي من الدراسة الحالية ، في مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق . قام الباحث بالعديد من الإجراءات قبل تطبيق البرنامج لانتقاء عينة الدراسة ،فأطلع الباحث على ملفات الأطفال بالمدرسة ، بمساعدة الأخصائي النفسي ، لتحديد الأطفال ضعاف السمع ، ممن تتراوح أعمارهم ما بين " 9 ، 12 " عاماً . بمتوسط عمري "10.8 " عاماً ، وانحراف معيارى " 1.28 ".وبعد ذلك توصل الباحث لعينة الدراسة في صورتها النهائية والتي تتكون من "20 " طفلاً وطفلة من الأطفال ضعاف السمع ، ممن يعانون من السلوك الانطوائي ، ومن اضطرابات النطق المتمثلة فى الحذف والإبدال .وقام الباحث بعد ذلك بتوزيع عينة الدراسة على مجموعتين تجريبية وضابطة ، قوام كل منها " 10 " أطفال (7 ذكور ، 3 إناث) .. وقد راعى الباحث في توزيع الأطفال على المجموعتين- بقدر الإمكان - أن يكون التوزيع فرداً لفرد، وذلك من حيث السن، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي ، ومن حيث درجات الانطواء ، واضطرابات النطق ، والتي حصل عليها الباحث من خلال التطبيق القبلي .أي قام الباحث بإجراء التجانس بين عينتي الدراسة *

2- أدوات الدراسة :

استخدم الباحث في الدراسة الحالية الأدوات الآتية :

1– استمارة دراسة حالات اضطرابات النطق والكلام.(**إعداد عبد العزيز الشخص** ، **1997**)

2 – استمارة ملاحظة بعض جوانب السلوك غير التكيفي . (**إعداد الباحث**)

3– اختبار رسم الرجل لجود انف هاريس للذكاء. (**ترجمة وإعداد مصطفى فهمي** ، **1979**)

4– مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي . (**إعداد حمدان فضه** ، **1997**)

5 ـــ برنامج السيكودراما . (**إعداد الباحث**)

6 – مقياس السلوك الانطوائي لدى الأطفال ضعاف السمع. (**إعداد الباحث**)

* **إعداد مقياس السلوك الانطوائي**:

قام الباحث بإعداد مقياس السلوك الانطوائي ، وذلك باتباع الخطوات الآتية : -

* مراجعة الإطار النظري ، وبخاصة التعريفات المختلفة للانطواء ، ومظاهر الانطواء ، وكذلك الدراسات السابقة . وذلك للإفادة منها في إعداد أبعاد ومفردات المقياس.

* استعراض المقاييس والاختبارات وقوائم الشخصية السابقة ، والتي تضمنت بنوداً أو عبارات تسهم بشكل أو بآخر في إعداد أبعاد ومفردات المقياس.

* إجراء دراسة استطلاعية ، في شكل سؤال مفتوح ، للإفادة منها في تحديد أبعاد ومفردات الانطواء ، وذلك على عينة من الأطفال ضعاف السمع ، قوامها " 45 " طفلاً وطفلة ممن تراوحت أعمارهم ما بين " 9 ، 12 " عاماً ، من ثلاث مدارس للصم وضعاف السمع ، في بنها ، ومنية القمح ، والزقازيق . **وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية هذا السؤال المفتوح :**

(*) لمزيد من الإيضاح عن خطوات انتقاء عينة الدراسة وصولاً إلى الصورة النهائية لعينة الدراسة راجع (ص 144 – ص149)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

هناك بعض المواقف المختلفة التي يمكن أن تتعرض لها ، وتشعر فيها بالخجل ، فتفضل العزلة والابتعاد عن الآخرين ، ولا تستطيع تكوين علاقات بسبب ظروفك الخاصة التي تقلل من قدرتك على الاندماج مع الآخرين .
ما هي هذه المواقف ؟

1 – في المنزل . 2 – في المدرسة. 3 – في الشارع أو الطريق .
4 – في المواصلات 5 – في أي تجمع عام(فرح مثلاُ)
6- في الأماكن العامة (كالمقاهي والحدائق مثلاً). 7 – مع الأصدقاء.

* وقد قام الباحث بحصر وتصنيف استجابات الطلاب وبعد مراحل متعددة من الانتقاء والتعديل تم تحديد ثلاثة أبعاد للسلوك الانطوائي وهي مجال العلاقات في الأسرة ، ومجال العلاقات مع الأقران ،ومجال العلاقات في المجتمع .

* كما قام الباحث بعمل التعديلات اللازمة في صياغة بعض المفردات ، بناءً على آراء السادة المحكمين . حيث تم حذف بعض الكلمات واستبدالها بكلمات مناسبة تتلاءم مع فهم عينة الدراسة الحالية .

* قام الباحث بعد ذلك بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس ، وكذلك مفتاح التصحيح . حيث صاغ الباحث لكل مفردة ثلاث استجابات (أ ، ب ، جـ) ، تمثل الاحتمالات الغالبة للاستجابة . . فالاستجابة الأولى (أ) تشير إلى عدم وجود نزعة انطواء ، وتحصل على درجة واحدة فقط ، والاستجابة الثانية (ب) تشير إلى وجود انطواء بدرجة متوسطة ، وتحصل على درجتين فقط ، والاستجابة الثالثة (جـ) تشير إلى وجود انطواء شديد ، وتحصل على ثلاث درجات . ثم قام الباحث بعرض نموذج الاستجابة ، وطريقة التصحيح ، على بعض السادة المحكمين على المقياس ، حيث رأوا أنها مناسبة .

* قام الباحث بعد ذلك بصياغة تعليمات تطبيق المقياس ، ويطلب فيها من الطفل إبداء الرأي بالنسبة للاستجابات الثلاث (أ ، ب ، جـ) لكل مفردة ، وعليه أن يضع علامة صح (√) أمام الاستجابة التي يشعر بأنها تنطبق عليه ، وألا يضع أكثر من علامة على استجابات الموقف الواحد .

* قام الباحث بعد ذلك بدمج مفردات الأبعاد الثلاثة معاً ،مع ترتيبها بطريقة تضمن أن تقيس المفردات الفردية نفس الأبعاد الثلاثة التي تقيسها المفردات الزوجية ، وذلك حتى يتسنى للباحث استخدام طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات المقياس.. ثم تم ترقيم هذه المفردات من "1" إلى "30"، وتمت صياغة الاستجابات الثلاثة تحت كل مفردة على حدة (أ ،ب ،جـ) .

* قام الباحث بتطبيق المقياس ، بعد هذه التعديلات ، على عينة استطلاعية من الأطفال قوامها " 20 " طفلاً من الأطفال ضعاف السمع ، حتى يتعرف الباحث على مدى فهم هؤلاء الأطفال لتعليمات المقياس ومفرداته ، مع الاستعانة بمدرس متخصص لترجمة بعض الألفاظ إلى إشارات ، وشرح بعض المفردات على السبورة ، كوسيلة إيضاح للأطفال عينة الدراسة ، وذلك تمهيداً لتطبيقه فيما بعد على عينة التقنين .

* في ضوء هذه الدراسة الاستطلاعية ، قام الباحث بإجراء تعديلات طفيفة على تعليمات المقياس ومفرداته .. وبذلك وصل الباحث إلى إعداد " الصورة الأولية للمقياس" ، والتي تتضمن "30 " مفردة ، موزعة على الأبعاد الثلاثة ، على هذا النحو :

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ـــ مجال العلاقات في الأسرة ، ويتضمن " 10" مفردة .

ـــ مجال العلاقات مع الأقران ، ويتضمن " 10" مفردة .

ـــ مجال العلاقات في المجتمع مع الآخرين ، ويتضمن " 10" مفردة .

وبالتالي تكون النهايتان الصغرى والعظمى لدرجة الفرد على هذا المقياس هما : " 30 ، 90 " درجة

نتائج الدراسة ومناقشتها (*)

للتحقق من مدى صحة فروض الدراسة الحالية قام الباحث بإجراء " اختبار ت " T Test " ، للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات درجات مجموعتيّ عينة الدراسة ، بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي ، وقياس ما بعد فترة المتابعة) .ويلخص الباحث ما توصل إليه من نتائج فيما يلي :

1- دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، بعد تطبيق البرنامج (القيــاس البعدي)

أ- دلالة واتجاه الفرق بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، فى السلوك الانطوائى ، بعــد تطبيــق البرنامج :

للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبيــة والضــابطة ، في الســلوك الانطوائى ، بعد تطبيق البرنامج ، قام الباحث باستخدام اختبار "ت" للمجموعتين غير المرتبطتين ، ويلخص الباحث ما توصل إليه من نتائج في الجدول الآتي:

جدول (1)

متغيرات حساب قيمة " ت " لمتوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في السلوك الانطوائى، بعد تطبيق البرنامج .

البيـــــــــــان	المجموعة	
	التجريبية	الضابطة
عدد المفحوصين " ن "	10	10
متوسط الدرجات " م "	44.2	67.3
الانحراف المعياري للدرجات " ع "	3.190	3.497
تباين الدرجات " ع 2"	10.178	12.233
درجات الحرية " د .ح " للمجموعتين	18	
قيمة " ت " الجدولية لدلالة الطرف الواحد والدالة عند : * مستوى 0.05	1.73	
* مستوى 0.01	2.55	
قيمة " ت " التجريبية (المحسوبة)	14.64	
الدلالة الإحصائية لقيمة " ت" التجريبية	دالة عند مستوى " 0.01 "	

(*) لمزيد من الإيضاح راجع الفصل الخامس من الدراسة من (ص 152 – ص163)

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ويتضح من الجدول (1) أنه يوجد فرق دال إحصائياً ، عند مستوى " 0.01 " ، بين متوسطيَ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في السلوك الانطوائى ، بعد تطبيق البرنامج ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية ، مما يشير إلى تحقق "الفرض الأول" من فروض الدراسة.

ب- دلالة واتجاه الفرق بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في اضطرابات النطق ، بعد تطبيق البرنامج :

للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطيَ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في اضطرابات النطق ، بعد تطبيق البرنامج ، قام الباحث باستخدام اختبار " ت " للمجموعتين غير المرتبطتين ، ويلخص الباحث ما توصل إليه من نتائج في الجدول الآتي:

جدول (2)

متغيرات حساب قيمة " ت " لمتوسطيَ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ،

في اضطرابات النطق، بعد تطبيق البرنامج .

البيان	المجموعة	
	التجريبية	الضابطة
عدد المفحوصين " ن "	10	10
متوسط الدرجات " م "	55.1	87.3
الانحراف المعياري للدرجات " ع "	4.508	4.944
تباين الدرجات " ع 2"	20.322	24.44
درجات الحرية " د .ح " للمجموعتين	18	
قيمة " ت " الجدولية لدلالة الطرف الواحد والدالة عند : * مستوى 0.05	1.73	
* مستوى 0.01	2.55	
قيمة " ت " التجريبية (المحسوبة)	14.228	
الدلالة الإحصائية لقيمة " ت" التجريبية	دالة عند مستوى " 0.01 "	

ويتضح من الجدول (2) أنه يوجد فرق دال إحصائياً ، عند مستوى " 0.01 " ، بين متوسطيَ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في اضطرابات النطق ، بعد تطبيق البرنامج ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية ، مما يشير إلى تحقق " الفرض الثاني " من فروض الدراسة.

2 - دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية

أ- دلالة واتجاه الفروق بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية ، في السلوك الانطوائى:

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطيَ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعـــة التجريبية ، في السلوك الانطوائى ، قام الباحث باستخدام اختبار " ت " للبيانات المرتبطة ، ويلخص الباحـــث مـــا توصل إليه من نتائج ، في الجدول الآتي:

جدول (3)

متغيرات حساب قيمة " ت " لمتوسطيَ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية ، في السلوك الانطوائى.

البيـــــــــــــــــــــــان	التطبيق	
	البعدي	ما بعد فترة المتابعة
عدد الأفراد " ن "	10	10
متوسط الفروق بين درجات التطبيقين " م ف "	0.4	
مجموع مربعات انحرافات الفروق عن متوسط الفـــروق " ح2 ف "	28.4	
قيمة " ت " التجريبية	0.712	
درجات الحرية للتطبيقين " 2ن – 2 "	18	
قيمة " ت " الجدولية لدلالة الطرف الواحد ، الدالة عنـــد:		
* مستوى 0.05	2.101	
* مستوى 0.01	2.878	
دلالة " ت " التجريبية.	غير دالة	

ويتضح من الجدول (3) أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً ، بين متوسطيَ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية ، في السلوك الانطوائى ، مما يشير إلى عدم تحقق " الفرض الثالـــث " مـــن فـــروض الدراسة .

ب- دلالة واتجاه الفروق بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية ، فى اضطرابات النطق :

للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعـــد المتابعـــة للمجموعـــة التجريبية ، في اضطرابات النطق ، قام الباحث باستخدام اختبار " ت " للبيانات المرتبطة، ويلخص الباحـــث مـــا توصل إليه من نتائج ، في الجدول الآتي :

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

جدول (4)

متغيرات حساب قيمة " ت " لمتوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية ، في اضطرابات النطق.

البيـــــــــــــــــــــــــــــــان	التطبيق	
	البعدي	ما بعد فترة المتابعة
عدد الأفراد " ن "	10	10
متوسط الفروق بين درجات التطبيقين " م ف "	0.1	
مجموع مربعات انحرافات الفروق عن متوسط الفروق " ح2 ف "	32.9	
قيمة " ت " التجريبية	0.165	
درجات الحرية للتطبيق " 2ن – 2 "	18	
قيمة " ت " الجدولية لدلالة الطرف الواحد ، الدالة عند : * مستوى 0.05	2.101	
* مستوى 0.01	2.878	
دلالة " ت " التجريبية	غير دالة	

ويتضح من الجدول (4) أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً ، بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية ، في اضطرابات النطق ، مما يشير إلى عدم تحقق " الفرض الرابع " . من فروض الدراسة

أولاً : - مجمل نتائج الدراسة :

إجابة على فروض الدراسة، توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج الآتية : -

1 – يوجد فرق دال إحصائياً ، عند مستوى " 0.01 " ، بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في السلوك الانطوائى لدى الأطفال ضعاف السمع ، بعد تطبيق البرنامج ، وذلك لصالح المجموعة التجريبيـــة ؛ ممـــا يشير إلى تحقق " الفرض الأول " من فروض الدراسة .

2 – يوجد فرق دال إحصائياً ، عند مستوى " 0.01" ، بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضـــابطة ، في اضطرابات النطق لدى الأطفال ضعاف السمع ، بعد تطبيق البرنامج ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية ؛ مما يشير إلى تحقق " الفرض الثاني " من فروض الدراسة .

3 – لا يوجد فرق دال إحصائياً ، بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية ، في السلوك الانطوائى ؛ مما يشير إلى عدم تحقق " الفرض الثالث " من فروض الدراسة .

4 – لا يوجد فرق دال إحصائياً ، بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية ، في اضطرابات النطق ؛ مما يشير إلى عدم تحقق " الفرض الرابع " من فروض الدراسة .

ثانياً : مناقشة نتائج الدراسة :

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

أيدت النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال التحليل الإحصائي ، فاعلية العلاج بالسيكودراما ، في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى ، لدى الأطفال ضعاف السمع . فقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً ، بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في السلوك الانطوائى ، بعد تطبيق البرنامج العلاجي ، لصالح المجموعة التجريبية (نتيجة الفرض الأول) . كما اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي أيضاً من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطيّ درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ، في اضطرابات النطق ، بعد تطبيق البرنامج العلاجي ، لصالح المجموعة التجريبية "نتيجة الفرض الثاني" . . بل وأكدت النتائج استمرارية فاعلية البرنامج ، في تخفيف حدة الانطواء وتحسين مستوى النطق ، لدى الأطفال ضعاف السمع ، إلى ما بعد فترة المتابعة .. حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال إحصائياً ، بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية ، في السلوك الانطوائي (نتيجةً الفرض الثالث). كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطيّ درجات التطبيقين البعدي وما بعد المتابعة ، للمجموعة التجريبية ، في اضطرابات النطق (نتيجة الفرض الرابع)؛ مما يؤكد على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي إلى ما بعد فترة المتابعة .

وبناءً على ما سبق ، فقد أكدت نتائج الدراسة الحالية على فاعلية برنامج العلاج بالسيكودراما ، في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفي (الانطواء واضطرابات النطق) ، لدى الأطفال ضعاف السمع . وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من : كلايتون وروبنسون (1971) ، وسوينك (1985) ، وعبد الفتاح مطر (2002) ، وذلك في تأكيد هذه الدراسات على فاعلية العلاج بالسيكودراما في تعديل الكثير من جوانب السلوك غير التكيفي لدى المعاقين سمعياً ، وزيادة قدراتهم على التفاعل الاجتماعي .

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية أيضاً ، مع ما أكدته نتائج بعض الدراسات ، من أهمية استخدام بعض فنيات السيكودراما ، في علاج العديد من المشكلات السلوكية والانفعالية، لدى الأطفال ، مثل : فنية لعب الدور ، وفنية قلب الدور(كلايتون وروبنسون ،1971 ؛ سوينك ،1985 ؛ عبد الفتاح مطر ، 2002) ، أو فنية النمذجة (سوينك ، 1985).. وهذه الفنيات قد استخدمها الباحث أثناء تطبيق الجلسات العلاجية الخاصة بالبرنامج ، مما أعطى ثراء وفاعلية للبرنامج العلاجي ، مما اتضح من خلال تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى (خفض حدة الانطواء – تحسين النطق) لدى الأطفال ضعاف السمع .

ومما سبق يتضح أن العلاج بالسيكودراما طريقة فعالة في تعديل بعض جوانب السلوك غير التكيفى لدى الأطفال ضعاف السمع ، من حيث خفض حدة السلوك الانطوائى ، وتحسين النطق لديهم . ففي إطار الدراسة الحالية ، تلقى أفراد المجموعة التجريبية تدريباً على مهارات النطق ، وبعض المهارات الاجتماعية لزيادة التفاعل الاجتماعي ، وذلك من خلال عدة جلسات جماعية ؛ حيث كان الطفل يقوم بأداء الأدوار المختلفة أثناء البرنامج ، مع التأكيد عليها أيضاً في المنزل ، وذلك باستخدام عدة فنيات تمثلت في : فنية لعب الدور ، وفنية قلب الدور ، وفنية النمذجة ، وفنية المرآة ، وفنية تقديم الذات ، وفنية القرين ، وفنية المرآة ، وفنية المحل السحري ، وفنية المحادثة الثنائية (الديالوج) . هذا ، بالإضافة إلى التعزيز ، (حتى يتم تدعيم وتشجيع أعضاء الجماعة على ممارسة هذه الأدوار) ، والواجب المنزلي ، (حتى يتم تدريبهم على ممارسة هذه الأدوار في الحياة عن طريق الأسرة في المنزل ، وعن طريق زملائهم وأقرانهم في المجتمع) . وكل ذلك بهدف إحلال السلوك الملائم والمرغوب فيه لدى الأطفال ،

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

بدلاً من السلوك الانطوائى واضطرابات النطق التى كانوا يعانون منها قبل بدء العلاج . ولكي يتحقق هذا الهدف ، كان الباحث يقوم بتسجيل التقارير التى يدونها الأطفال ، وأولياء أمورهم ، عن المواقف الاجتماعية التى عجز الأطفال عن التفاعل فيها بصورة إيجابية ، أثناء تعرضهم لهذه المواقف ، ثم يقوم بتحويل هذه المواقف إلى أدوار سيكودرامية ؛ يشارك فيها جميع أفراد الجماعة العلاجية حتى يتأكد تدريبهم على كافة تلك المواقف .

ويرى الباحث أن خفض حدة السلوك الانطوائى ، وتحسين مستوى النطق ، لدى الأطفال ضعاف السمع في المجموعة التجريبية ، يرجع إلى التركيز في البرنامج العلاجي على الأهداف التى صاغها الباحث في الجلسات العلاجية ، والمرتبطة بشكل مباشر بخفض حدة السلوك الانطوائى ، وتحسين مستوى النطق ، وبخاصة : تشجيع الأطفال على تنمية الثقة بالنفس، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية ؛ مثل: مهارات التعاون ، ومهارات المحادثة والحوار، وكيفية الاستمرار فيها ، وإنهاء المحادثة ، ومهارات إجراء حوارات وإقامة علاقات مع الأقران .. حيث إن الطفل في هذه المرحلة العمرية (9-12) سنة ، يقوى لديه الاستعداد لمعرفة الكثير عن البيئة المحيطة به ، ويزداد لديه حب الاستطلاع ، كما أن الطفل في هذه المرحلة يتزايد انتقاله من كائن متمركز حول ذاته إلى كائن متعاون ، وعضو متوافق في جماعة الأقران . وهذا ما اعتمد عليه الباحث في الجلسات التي تنمى لدى الأطفال ضعاف السمع القدرة على التحرر من التمركز حول الذات ، والاهتمام بالآخرين ، والتفاعل معهم ، وخفض حدة السلوك الانطوائى ، وتحسين مستوى النطق لديهم.

وقد يرجع نجاح برنامج العلاج بالسيكودراما في خفض السلوك الانطوائى ، وتحسين مستوى النطق لدى الأطفال ضعاف السمع ، إلى اعتماده على أكثر من طريقة من طرق التعلم المختلفة ، التى تتناسب مع طبيعة الأطفال ضعاف السمع ، فقد جمع البرنامج بين أسلوبي التعزيز الذاتي ، والمتمثل في إدراك الطفل ضعيف السمع لما طرأ على سلوكه من تحسن ، والتعزيز الخارجي ، والمتمثل في تشجيع الباحث وباقي الحضور للطفل ضعيف السمع عند قيامه بالأداء الصحيح للدور الذي قام بتجسيده ؛ هذا بالإضافة إلى استخدام أساليب التعلم بالملاحظة ، النمذجة ، ولعب الدور ، فضلاً عن أن البرنامج العلاجي اعتمد قائم على نشاط محبب للأطفال بصفة عامة ، وضعاف السمع بصفة خاصة ، وهو التمثيل السيكودرامي .. كما تضمنت أنشطة البرنامج تنوعاً في محتواها ، ما بين الإرشاد المباشر والإرشاد غير المباشر ، والإرشاد الجماعي ، والإرشاد باللعب ، والإرشاد السلوكي . فكلها أمور تؤدي في النهاية إلى التخفيف من حدة السلوك الانطوائى وتحسين مستوى النطق لدى الأطفال ضعاف السمع.

يؤكد ذلك ما ذهب إليه جمال الخطيب (1998) من أنه من الضروري أن يحتوي التأهيل النفسي والاجتماعي لذوي الإعاقة السمعية ، على الإرشاد الفردي والجماعي ، والدعم النفسي ، وزيادة الدافعية ، ومساعدة الأشخاص المعاقين سمعياً على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية ، والعناية بالذات .

(جمال الخطيب ، 1998 ، ص 224)

وقد عمد الباحث من خلال الجلسات العلاجية السيكودرامية إلى تعديل الأفكار السالبة لدى هؤلاء الأطفال ، وتزويدهم بأفكار موجبة تدفع بهم إلى تعلم بعض المهارات الاجتماعية الإيجابية ، مثل التعبير عن أنفسهم

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

من خلال المناقشة والحوار ، والنمذجة ، ولعب الأدوار المختلفة ، وكل ذلك من شأنه أن يغير من بعض المفـــاهيم السالبة لديهم ، وخفض حدة السلوك الانطوائى ، وتحسين مستوى النطق لديهم .

كما شارك الأطفال في الأداء السيكودرامي أثناء الجلسات ، من خلال تجسيدهم للمواقف ، التي يقومـــون من خلالها بأداء التدريبات والأدوار المختلفة الخاصة بتحسين مستوى النطق لديهم وتحسين مهاراتهم الاجتماعيـــة ، كما لو كانوا يؤدونها في المواقف الحياتية . وقد أدى ذلك إلى شعور الأطفال بالثقة بالنفس ، والطمأنينة ، حيـــث تأكد لديهم عملياً مقدرتهم على نطق الكثير من الكلمات التى كانوا لا يستطيعون نطقها ، مما أدى إلى اعتمـــادهم على أنفسهم في تكوين علاقات مع الآخرين ، وتنمية قدراتهم على مشاركة الأصدقاء والتفاعل معهم في الأنشـــطة المختلفة ، وبالتالي المزيد من تحسن أدائهم في النطق ، والمزيد من خفض حدة السلوك الانطوائي لديهم .

أما عن استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي بالسيكودراما ، المستخدم في الدراسة الحالية ، فقد تأكدت من خلال التحقق من استمرار انخفاض حدة السلوك الانطوائى إلى ما بعد فترة المتابعة (نتيجـــة الفـــرض الثالـــث) ، وكذلك استمرار تحسن النطق إلى ما بعد فترة المتابعة (نتيجة الفرض الرابع) .. وبالتالي فإن البرنامج المســـتخدم يكون قد حقق أحد الأهداف الأساسية لبرامج تعديل السلوك بشكل عام . فالهدف من إجراء برامج تعديل السلوك ليس هو إحداث تغيرات طارئة مؤقتة في جوانب الشخصية المختلفة ، ثم لا تلبث أن تنطفئ وكأن شيئاً لم يكـــن ، بل إن المطلوب في مثل هذه البرامج هو أن يظل أثرها حتى بعد توقف التدريبات التى كان يتلقاهـــا الأفـــراد أثنـــاء جلسات تلك البرامج ، وحتى بعد انقطاع صلتهم بالقائم على التدريب . فمن الأمور الأساسية في إجـــراء تلـــك البرامج ، التأكد من استمرارها وفاعليتها مع أفراد المجموعة التجريبية ، بعد توقف جلسات تطبيق البرنامج ، الأمـــر الذي يجعلنا نثق أن أفراد العينة قد استخدموا الاستراتيجيات المختلفة التى تعلموها في مواقف حياتهم ، دون اللجوء إلى المعالج النفسي ، وأيضاً الأمر الذي يعطينا مبرراً لمحاولة تطبيق تلك البرامج على قطاعات كبيرة مـــن الأطفـــال والمراهقين ، وبصفة خاصة الذين يعانون من المشكلات السلوكية، مثل : الانطواء ، واضطرابات النطق ، والخجل ، والوحدة النفسية ، والعزلة، والانسحاب.

ثالثاً : توصيات تربوية

من خلال ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، والتي تضمنت فاعلية السيكودراما في تعديل بعـــض جوانـــب السلوك غير التكيفى (الانطواء واضطرابات النطق) لدى الأطفال ضعاف السمع ، يمكن للباحث أن يقـــدم بعـــض التطبيقات والتوصيات التربوية التالية:

1– مساعدة الطفل ضعيف السمع على التعبير عن مشكلاته ، وفهم دوافعه ، والعمل على تحقيق توافقه الاجتماعي

2– إتاحة الفرصة كاملة للأطفال في قسم الإقامة الداخلية ، لممارسة الأنشطة والهوايات المختلفة ، خـــلال الفتـــرة المسائية ، حيث لاحظ الباحث أن المشرفين يقومون بجمع الأطفال بعد تناول وجبة الغذاء داخل حجرات الدراســـة في مجموعات كبيرة ، وكأنهم في يوم دراسي ، ولكن بدون دراسة ، وفى هذا تقييد لحركة الأطفال ضعاف السمع ، وهذا من شأنه أن يزيد العدوانية لديهم .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

3– عمل برامج كمبيوتر في الألعاب ، يتعلم منها الطفل ضعيف السمع بنفسه المهارات الاجتماعية ، والسلوكيات المرغوبة ليسلكها ، وغير المرغوبة اجتماعياً ليتجنبها ، ولاسيما وأنه توجد بعض أجهزة الكمبيوتر في مدارس الصم ، فضلاً عن أن الأطفال ضعاف السمع يدرسون مادة الحاسب الآلي

4- تقديم برامج الأطفال في التليفزيون ، وخاصة التي تتناول علاج السلوكيات السالبة لديهم ، مصحوبة بترجمة إشارية ، حتى يتعلم منها الأطفال ضعاف السمع ، وتزويد مدارس الصم ، وبخاصة قسم الإقامة الداخلية ، بالتليفزيونات ، حيث لاحظ الباحث عدم وجود جهاز تليفزيون واحد في المدرسة ، فضلاً عن افتقاد المدرسة لأي وسائل ترفيهية ، أو ألعاب للأطفال .

5- عمل دورات تدريبية للمحيطين بالطفل ضعيف السمع ، كلغة الإشارة ، والشفاه ، وهجاء الأصابع ، حتى لا يصاب الطفل ضعيف السمع بالإحباط ، لفشله في العديد من المواقف التي يظهر فيها عجزه عن التواصل ، والتجاوب مع المحيطين به

6- تشكيل جمعيات صداقة ، ونوادي خاصة بضعاف السمع والعاديين معاً ، وذلك لتعريف المجتمع بشخصية المعاق سمعياً ، وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال ضعاف السمع وأقرانهم العاديين .

7- تنظيم رحلات جماعية يشارك فيها الأطفال ضعاف السمع من المدارس العادية ، مما يساعد الطفل ضعيف السمع على كسر حاجز العزلة الاجتماعية من حوله ، ويقلل من إحساسه بالخجل والتركيز على إعاقته .

8- دمج الأطفال المعاقين سمعيا في صفوف خاصة ملحقة بالمدارس العادية ، للمساعدة على تفاعلهم مع المجتمع ، وزيادة الكفاءة الاجتماعية لديهم .

9– توضيح قواعد السلوك المناسب للطفل ضعيف السمع من خلال الصور ، والرسوم ، واستخدام لعب الأدوار .

10- تزويد مدارس الصم بأخصائيين للتخاطب ، حتى يتمكن الأطفال الذين يعانون من الضعف البسيط السمع ، من تحسين مستوى النطق لديهم ، مما يزيد ذلك من تفاعلهم مع العاديين، وفهم الآخرين لكلامهم ، وبالتالي يساعد ذلك على تحررهم من العزلة عن المجتمع .

المراجع

أولاً : المراجع العربية:

1- ***أحمد عزت راجح (1999)*** : أصول علم النفس ، الطبعة الحادية عشرة، دار المعارف ، القاهرة .

2- ***أسعد رزوق (1979)*** : موسوعة علم النفس ، الطبعة الثالثة ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بيروت .

3- ***جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1991)*** : معجم علم النفس والطب النفسي , الجزء الرابع، دار النهضة العربية , القاهرة .

4- ***جمال الخطيب (1998)*** : مقدمة فى الإعاقة السمعية ، دار الفكر ، عمان .

5- ***حامد عبد السلام زاهران . (1995)*** :الصحة النفسية والعلاج النفسي ،عالم الكتب ،القاهرة .

6- ***حسين عبد القادر وحسين سعد الدين (1994)*** : انحراف الأحداث والسيكودراما , دار عامر للطباعة والنشر ، المنصورة .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

7- ***خالد عبد الرازق السيد (1990)*** : دراسة دينامية لبعض أبعاد البناء النفسي لدى أبناء الصم والبكم ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

8- ***رمضان محمد القذافى (1988)*** : سيكولوجية الإعاقة , الدار العربية للكتاب – الجماهيرية العربية الليبية .

9- ***زينب محمود شقير (1999)*** : سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين , مكتبة النهضة المصرية، القاهرة .

10- ***زينب محمود شقير (2001)*** : اضطرابات اللغة والتواصل ، الطبعة الثانية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

11- ***سهام على عبد الحميد (1997)*** :برنامج إرشادى لتخفيف حدة السلوك الانطوائى لدى المعاقين بصرياً، المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى والمجال التربوى، جماعة عين شمس، ص 671-688.

12- ***شاكر عطية قنديل (1995)*** : سيكولوجيه الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده , المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي للأطفال ذوى الحاجات الخاصة , جامعة عين شمس ، ص1 ــ 12.

13- ***صفاء عبد العزيز زكى (2002)*** : فاعلية برنامج يستخدم اللعب لتخفيف حدة السلوك الانطوائى لدى الأطفال ضعاف السمع ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

14- ***صلاح مخمير (1979)***: المدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

15- ***عادل عز الدين الأشول (1987)*** : موسوعة التربية الخاصة , مكتبة الانجلو المصرية .

16- ***عادل عز الدين الأشول (1996)*** : علم نفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة ، دار الحسام , القاهرة.

17- ***عاطف عدلي العبد (1988)*** : علاقة الطفل المصري بوسائل الاتصال : دراسة ميدانية , الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .

18- ***عبد الرحمن سيد سليمان (1998)***: سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة (المفهوم، الفئات)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

19- ـــــــــ ***(1999)*** : السيكودراما (مفهومها – عناصرها – استخداماتها) بحوث ودراسات في العلاج النفسي ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

20- ـــــــــ ***(2000)*** : سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)، الجزء الثالث ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

21- ***عبد العزيز السيد الشخص (1990)***: أثر المعلومات في تغيير الاتجاهات نحو المعوقين ، مجلة جامعة الملك سعود ، العلوم التربوية، الرياض ، ص .

22- ـــــــــــ ***(1992)*** : دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعيا وعلاقتها بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال ، المؤتمر السنوي السادس للطفل المصري " تنشئته فى ظل نظام عالمي جديد" ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس، ص 1023 ـ 1046.

23- ـــــــــــ ***(1997)***: اضطرابات النطق والكلام ، الرياض ، المملكة العربية السعودية.

24- ***عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (1992)***: قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

25- ***عبد الفتاح رجب مطر (2002)*** : فاعلية السيكودراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الصم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ببنى سويف، جامعة القاهرة .

26- ***عبد الفتاح صابر عبد المجيد (1996)*** : اضطرابات التواصل " عيوب النطق وأمراض الكلام "، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

27- ***عبد الفتاح صابر عبد المجيد (1997)*** : تربية الخاصة لمن ؟ لماذا ؟ كيف ؟ ميديا برنت، القاهرة.

28- ***عبد المطلب أمين القريطي (1996)*** : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

29- ـــــــــــ ***(1998)*** : فى الصحة النفسية، الطبعة العاشرة ، دار الفكر العربي، القاهرة.

30- ***على عبد النبي حنفي (1996)*** : دراسة مقارنة للتقبل الاجتماعي لدى المراهقين الصم ، وضعاف السمع ، والعاديين ، رسالة ماجستير ، كلية التربية بنها – جامعة الزقازيق .

31- ***علي علي مفتاح (1984)*** : الخصائص النفسية لضعاف السمع ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب بنها ، جامعة الزقازيق .

32- ***فاخر عاقل (1988)*** : معجم العلوم النفسية ، دار الرائد العربي ، بيروت ، لبنان

33- ***فاروق محمد صادق (1988)*** : برامج التربية الخاصة في مصر " تكون أو لا تكون " ، المؤتمر السنوي الأول للطفل المصري " وتنشئته ورعايته "، المجلد الأول ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس.

34- ***محمد النابلسى وعبد الرحمن العيسوى (1998)*** : العلاج الطبي والنفسي للاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية ، الشركة العالمية للكتاب ، بيروت ، لبنان .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

35- **محمد النوبي (2000)** : أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى الأطفال الصم، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

36- **محمد عبد المؤمن حسين (1986)** : سيكولوجية غير العاديين وتـــربيتهم ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

37- **محمد محمود الجبورى (1990)** : الشخصية فى ضوء علم النفس ، مطبعة دار الحكمة ، بغداد.

38- **وفاء مصطفى الجنيدى (1993)** : الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم ، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

المراجع الأجنبية :

1 -Aplin, D. & Rowson ,V. (1986) : *Personality and Functional Hearing Loss in Children , British Journal of Clinical Child Psychology, Vol(25), No(4), pp. 313 - 314.*

2-rnold ,E.& Atkins,H.(1991)*: The Social and Emotional Adjustment of Hearing Impaired Children Integrated in Primary Schools , Educational Research, Vol. (33) ,No(3), pp. 223 - 227.*

3- Barrett, M. (1986) *: Self-Image and Social Adjustment Change in Deaf Adolescent Participating in Social Living Class, Journal of Group Therapy Psychodrama & Sociometry , Vol (39), No(1),pp. 3- 11.*

4-Clayton ,L .& Robinson ,D .(1971) *: Psychodrama with Deaf People, American Annul of The Deaf , Vol,(116) , No (4) , pp. 415 - 419.*

5-Corey , G (2000)*: Theory and Practice of Group Counseling,(5 The Edition), Broksal \ Cole , Thowson Learning , Calif .*

6-English, H.& English, A. (1958): *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical . Terms, Longman, New York .*

7-Knutson, J. & Lansing, C. (1990) *: The Relationship between Communication problems and psychological Difficulties in Persons with Profound Acquired Hearing Loss, Uiowa, Iowa city, USA ,Vol(55), No(4), pp. 656 - 664*

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

8-Maxon, A.& Brackett, D.& Vandenberg , S.(1991) *: Self Perception of Socialization: The Effects of Hearing Status, Age, and Gender, Volta Review, Vol (93), No(1) ,pp. 7 - 18 .*

9-Raymond, K. & Matson , J .(1989) *: Social Skills in The Hearing Impaired, Journal of Clinical Child Psychology, Vol(18), No(3), pp. 247 - 258.*

10-Swink ,D. (1985)*: Psychodramatic Treatment for Deaf People, American Annul of The Deaf, Vol (130), No (7), pp.272 - 277.*

11-Wynand, W. (1994) : *Therapy with The deaf Children , Dissertation Abstracts International , Vol (54), No (11) ,pp. 4034 - 4035 A.*

12-Ysseldyke , J. & Algozzine ,B .(1995) *: Special Education: practical Approach for Teachers ; Boston ,Toronto , Paloalto, New Jersey.*

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com